

U. PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

Relatório de Estágio

Mestrado Integrado em Medicina

ESTÁGIO NO INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA

Benedita Sousa Amaral Bianchi de Aguiar

Orientador

Dr. António Marques

Co-Orientador

Dr. Luís Alberto Rodrigues Alves Meira

PORTO 2011/2011

ESTÁGIO NO INSTITUTO DE EMERGÊNCIA MÉDICA

Benedita Sousa Amaral Bianchi de Aguiar

Dissertação do Mestrado Integrado em Medicina submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, da Universidade do Porto.

Orientador: António Marques da Silva

Licenciado em Medicina, Diretor do Departamento de Anestesiologia, Cuidados Intensivos e Emergência, Chefe de Serviço de Anestesiologia do CHP-HSA, Presidente do Colégio de Competências em Emergência Médica pela Ordem dos Médicos e Professor Associado do ICBAS.

Co-orientador: Luís Alberto Rodrigues Alves Meira

Licenciado em Medicina, Assistente hospitalar. Diretor da Delegação Regional do Porto do Instituto Nacional de Emergência Médica.

Instituto Nacional de Emergência Médica, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

AGRADECIMENTOS

Os meus mais sinceros agradecimentos ao Dr. António Marques e ao Dr. Luís Meira por toda a ajuda durante o processo de elaboração da tese assim como o facto de me ter sido proporcionada esta experiência.

Queria também agradecer a todos aqueles – médicos, enfermeiros e técnicos de ação médica – que tornaram esta experiência numa viagem realmente inspiradora. Em todos os locais em que realizei estágio fui acolhida da melhor forma, com total abertura à colocação de questões da minha parte assim como senti um sentido de equipa e de pertença. Foi a história de vida de cada um e a partilha das suas experiências pessoais no INEM que tornaram esta experiência verdadeiramente única.

Um agradecimento pessoal à minha família e aos meus amigos e a todos aqueles que fizeram parte do meu percurso e me apoiaram durante 6 longos anos em procura do meu sonho que, finalmente se concretizou.

RESUMO

O estágio foi realizado no Instituto Nacional de Emergência Médico (INEM) após aceitação por parte da Comissão Pedagógica tendo sido admitida pela Unidade Curricular “Dissertação / Projeto / Relatório de Estágio”, inserida no plano de estudos do 6.º ano do Mestrado Integrado em Medicina.

A minha escolha para este estágio baseou-se, primordialmente, numa vertente pessoal de necessidade de integração da formação adquirida ao longo dos seis anos que passaram, numa vertente mais prática. Acresce também um fascínio de longa data pela área pré-hospitalar e a situação de emergência, área um pouco negligenciada quer na vertente teórica quer na vertente prática no decorrer do nosso curso.

O estágio no INEM teve uma duração de 96 horas, tendo sido distribuído pelos diversos meios, tais como Suporte Básico de Vida (SBV), Suporte Imediato de Vida (SIV), Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e Centro de Orientação de Doente Urgentes (CODU). Realizei 12 horas de CODU, 24 horas de SBV e SIV e 36 horas em VMER. No decorrer deste estágio assisti a 20 ocorrências, tendo sido 11 por doença súbita e 9 por trauma.

Este trabalho fará uma descrição do estágio realizado, da vivência daquilo que é o pré-hospitalar e de todas as condicionantes que o rodearam. Foi sem dúvida uma experiência enriquecedora da qual retirei muitas lições quer na área médica quer a nível pessoal.

SUMMARY

I chose this internship primordially because I felt the need to have a wholesome experience, which would allow me to incorporate the training received over the past six years with a more practical vision. Furthermore, I have a longtime fascination with pre-hospital care as well as emergency care, somewhat neglected during our theoretical and practical training.

The training at INEM lasted 96 hours, and was distributed between various areas, namely Basic Life Support (SBV), Immediate Life Support (SIV), Medical Emergency and Resuscitation (VMER) and Centre Urgent Patient Guidance (CODU). In CODU I did 12 hours, in SBV and SIV 24 hours and 36 hours in VMER. Along the duration of this internship I went to 20 occurrences, 11 of which due to sudden illness and 9 to trauma.

This paper will offer an overview of the internship, of the experience of pre-hospital treatment and of all of the conditioning factors that it is subject to. It was without a doubt a very fulfilling experience from which I learned a lot, both medically and personally.

Lista de Figuras e Tabelas

Figura 1. Símbolo do INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica)

Figura 2. Cadeia da Sobrevivência

Figura 3. Classificação da Triagem de Manchester

Gráfico 1. Número de acionamentos por meio

Gráfico 2. Categorias das diferentes ativações por meio

Gráfico 3. Locais das diferentes ativações

Gráfico 4. Triagem de Manchester realizada no SU

Lista de Siglas e Abreviaturas

AC - Auscultação Cardíaca

AP - Auscultação Pulmonar

bpm - batimentos por minuto

CHVNG - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

CHP-HSA - Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António

CHSJ - Centro Hospitalar de São João

CODU - Centro Orientação de Doentes Urgentes

DM - Diabetes Mellitus

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECG - Eletrocardiograma

GNR - Guarda Nacional Republicana

HTA - Hipertensão Arterial

mmHg - milímetros de mercúrio

PCR - Paragem Cardio-Respiratória

PEM - Posto de Emergência Médica

PSP - Polícia de Segurança Pública

SAV - Suporte Avançado de Vida

SBV - Suporte Básico de Vida

SDR - Sinais de Dificuldade Respiratória

SIV - Suporte Imediato de Vida

SpO2 - Saturação periférica de O2

SU - Serviço de Urgência

T - Temperatura, em graus Célsius

TA - Tensão Arterial

TAE - Técnico de Ambulância de Emergência

VMER (Veículo Médico de Emergência Médica)

ÍNDICE GERAL

Introdução	1
Motivação Pessoal.....	1
Objetivos	1
INEM	3
Meios do INEM.....	3
Cadeia de Sobrevivência.....	4
Triage de Manchester	5
Resultados e Discussão	7
CODU	7
SIV.....	8
SBV	10
VMER	13
Quantificação de Procedimentos.....	14
Análise das ativações durante o estágio do INEM.....	15
Análise crítica sobre o INEM	17
Conclusão	21
Bibliografia	22
Anexos	23
Anexo 1 - Declaração de Ética do INEM	24
Anexo 2 - Folha de Ativações durante o estágio no INEM	26

1. INTRODUÇÃO

Este estágio foi efetuado no âmbito da disciplina “Dissertação / Projeto / Relatório de Estágio”, inserido no plano de estudos do 6.º ano do Mestrado Integrado em Medicina.

1.1 MOTIVAÇÃO PESSOAL

Inicialmente, quando confrontada com a decisão de qual a área em que iria recair a minha escolha para elaborar a tese de mestrado ponderei inúmeras opções, procurando algo que preenchesse os objetivos estabelecidos e também me satisfizesse a nível pessoal.

A principal razão pela qual elegi fazer um estágio no INEM partiu do desejo primário que a maioria de nós tem quando decide que o que quer quando “for grande” é ser médico. Imaginamos a nossa vida um pouco como o que vemos na televisão: serviço de urgência, muita emoção e uma componente primordialmente prática. Contrariamente às minhas expectativas o curso de medicina revelou-se maioritariamente teórico, com uma componente prática muito reduzida. Como tal, após quase seis anos de formação pensei que seria uma mais-valia para a minha futura carreira médica apostar na área pré-hospitalar, aprender o máximo possível com todos aqueles com quem iria trabalhar assim como pôr em prática tudo aquilo que tinha aprendido. Finalmente esta seria também uma forma de confirmar o desejo de um dia poder vir a seguir a área da emergência e de começar a ponderar o rumo do meu futuro profissional.

1.2 OBJETIVOS

Inicialmente, aquando da candidatura a este estágio, o INEM propôs objetivos gerais, nos quais se incluíam 12 horas de CODU, 24 horas de SIV, SBV e VMER, completando a carga horária de 84 horas. Para além dos motivos acima referidos, assim como para satisfação das minhas ambições pessoais de realização deste estágio, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- Situar o papel do médico na abordagem e tratamento do doente emergente, reconhecendo o seu papel fundamental na liderança das equipas que prestam cuidados a esse tipo de doentes;
- Identificar as principais situações de emergência do foro médico e traumatológico;
- Apreender técnicas “life-saving” – assumidas como essenciais para a manutenção da vida no doente grave;

- Conhecer os protocolos de atuação e aplicar os Algoritmos de Suporte Avançado de Vida;
- Tomar consciência da importância do trabalho em equipa na Emergência Médica.

Competências a adquirir na área da Emergência Médica:

- Liderança e gestão, em situação de pressão e ansiedade próprias da abordagem do doente muito grave e emergente;
- Técnicas de reanimação e estabilização de doentes emergentes, em situação de doença súbita e trauma;
- Trabalho em equipa;
- Responsabilidade e Ética profissional.

2. INEM

O SIEM

Portugal tem, desde 1981, um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). O SIEM consiste num conjunto de entidades (PSP, GNR, INEM, Bombeiros, Cruz Vermelha Portuguesa, Hospitais e Centros de Saúde) que cooperam com um só objetivo: prestar assistência às vítimas de acidente ou de doença súbita.

O INEM é o organismo responsável por coordenar o funcionamento do SIEM. O sistema começa quando alguém liga 112.

O atendimento das chamadas cabe à PSP e sempre que o motivo da chamada tenha a ver com a saúde é encaminhada para os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM.



Figura. 1 Símbolo do INEM

2.1 MEIOS DO INEM

- CODU

Os Centros de Orientação de Doentes Urgentes são Centrais de Emergência Médica responsáveis pela medicalização do Número Europeu de Emergência - 112. Os pedidos de socorro efetuados através do 112, que digam respeito a situações de urgência ou emergência médica, são transferidos para os CODU. Este é assegurado 24 horas por dia por médicos e técnicos que têm formação para efetuar ao atendimento e a triagem.

O INEM tem quatro CODU em funcionamento: Lisboa, Porto, Coimbra e Faro, sendo que lhes compete avaliarem no menor espaço de tempo possível os pedidos de socorro, determinando os recursos necessários em cada caso.

Os CODU coordenam e gerem um conjunto de meios de socorro (motas, ambulâncias de socorro, viaturas médicas e helicópteros). Os meios são selecionados de forma criteriosa de acordo com: a situação clínica das vítimas, a proximidade do local da ocorrência e a acessibilidade ao local da ocorrência. É ainda possível selecionar e preparar a receção hospitalar destes mesmos doentes. (fonte: www.inem.pt/CODU)

- SBV

As ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV) têm como objetivo principal a estabilização de doentes que necessitem de assistência durante o transporte para uma Unidade de Saúde.

A sua tripulação é composta por Técnicos de Ambulância de Emergência, permitindo a aplicação de medidas de Suporte Básico de Vida. Em 2011, os CODU dispunham de 61 ambulâncias com tripulações profissionalizadas e 241 ambulâncias nos vários Postos de Emergência Médica (PEM). (fonte: www.inem.pt/SBV)

- SIV

As ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) têm por missão garantir cuidados de saúde diferenciados, tais como manobras de reanimação.

A tripulação é composta por um Enfermeiro e um Técnico de Ambulância de Emergência (TAE) e visa a melhoria dos cuidados prestados em ambiente pré hospitalar à população.

As ambulâncias de SIV destinam-se a garantir cuidados de saúde diferenciados, designadamente manobras de reanimação, até estar disponível uma equipa com capacidade de prestação de Suporte Avançado de Vida (SAV).

Ao nível dos recursos técnicos tem a carga de uma Ambulância de Suporte Básico de Vida, acrescida de um monitor-desfibrilhador e diversos fármacos. O equipamento das SIV permite a transmissão de eletrocardiograma e sinais vitais. Em 2011, o CODU tinha à sua disposição 30 ambulâncias SIV em vários pontos do país. (fonte: www.inem.pt/SIV)

- VMER

A Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) é um veículo de intervenção pré-hospitalar destinado ao transporte rápido de uma equipa médica ao local onde se encontra o doente. A sua equipa é constituída por um Médico e um Enfermeiro e dispõe de equipamento de Suporte Avançado de Vida.

O seu principal objetivo consiste na estabilização pré-hospitalar e no acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência. . No final de 2011, os CODU dispunham de 42 VMER, todas sedeadas em Hospitais. (fonte: www.inem.pt/VMER)

Os meios acima referenciados foram aqueles nos quais nos foi permitido a realização de estágio observacional, no entanto, existem inúmeros outros meios disponíveis ao atendimento da emergência médica.

Entre eles, existem: o Centro de Informação Antivenenos (CIAV), é um centro médico de consulta telefónica na área da toxicologia, responsável pela prestação das informações necessárias e adequadas a profissionais de saúde ou ao público em geral, visando uma abordagem correta e eficaz a vítimas de intoxicação; o CODU-MAR que tem como objetivo prestar aconselhamento médico a situações de emergência que possam ocorrer a bordo de embarcações; o Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP), um serviço que se dedica ao transporte de recém-nascidos e doentes pediátricos em estado crítico entre unidades de saúde; o Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC), formado por uma equipa de psicólogos clínicos com formação específica em intervenção psicológica em crise, emergências psicológicas e intervenção psicossocial em catástrofe; o Centro de Intervenção e Planeamento para Situações de Exceção (CIPSE), a quem compete o planeamento e coordenação estratégica de operações de emergência médica em cenários de exceção; as Motas de Emergência Médica que sendo meios ágeis, estão vocacionadas para o trânsito citadino, pois permite chegarem rapidamente ao local onde se encontra o doente; transporta um aparelho de desfibrilhação automática externa, oxigénio, adjuvantes da via aérea e ventilação, equipamento para avaliação de sinais vitais e glicemia capilar e outros materiais de SBV; os Helicópteros são utilizados no transporte de doentes graves entre unidades de saúde ou entre o local da ocorrência e a unidade de saúde. Estão equipados com material de Suporte Avançado de Vida, sendo a tripulação composta por um Médico, um Enfermeiro e dois pilotos; e a Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE), que intervêm com as vítimas no local da ocorrência em situações como acidentes de viação e outros, mortes inesperadas ou traumáticas, emergências psicológicas, abuso/violação física ou sexual, ocorrências que envolvam crianças, entre outros. (fonte: www.inem.pt)

2.2 Cadeia da Sobrevivência

Esta cadeia relaciona-se diretamente com a sobrevivência de doentes com Paragem Cardio-Respiratória (PCR), compreendendo os seguintes quatro procedimentos.

1. Acesso precoce ao Sistema Integrado de Emergência Médica - 112
2. Início precoce de SBV
3. Desfibrilhação precoce
4. Suporte Avançado de Vida precoce

Estes sucedem-se de uma forma encadeada e constituem uma cadeia de atitudes, em que o funcionamento adequado de cada uma delas é vital para que o resultado final seja uma vida salva.



Figura 2. Cadeia de Sobrevivência

2.3 TRIAGEM DE MANCHESTER

O Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester constitui um dos diversos instrumentos disponíveis para melhorar as condições de acesso e tratamento dos doentes urgentes, estabelecendo a interface de contacto entre o meio pré-hospitalar e a receção das vítimas nas Unidades de Saúde. Será de importância fulcral a capacidade de deteção e estratificação do nível de gravidade das ativações em terreno.

O Sistema de Triagem de Manchester teve origem na cidade de Manchester, no Reino Unido. Está testado internacionalmente e encontra-se em funcionamento em vários hospitais portugueses. Está acreditado pelo Ministério da Saúde, Ordem dos Médicos e Ordem dos Enfermeiros desde 2003, sendo entendido como mais um passo, no sentido de melhor atender quem recorre a um Serviço de Urgência.

Este sistema utiliza um protocolo clínico que permite classificar a gravidade da situação de cada doente que recorre ao Serviço de Urgência, permitindo atender, em primeiro lugar, os doentes mais graves e não forçosamente por ordem de chegada.

Após a realização da inscrição e aquando da triagem o utente é observado e, perante a sintomatologia apresentada, é-lhe atribuída uma cor que irá corresponder à sua priorização no atendimento.

Existem 5 cores, **vermelho**, **laranja**, **amarelo**, **verde** e **azul**, cada uma representando um grau de gravidade e um tempo de espera recomendado para o doente ser submetido a observação médica.

COR	SITUAÇÃO
Vermelho	EMERGENTE
Laranja	MUITO URGENTE
Amarelo	URGENTE
Verde	POUCO URGENTE
Azul	NÃO URGENTE

Figura 3. Triagem de Manchester

Aos doentes com patologias mais graves é atribuída a cor vermelha, que corresponde a um atendimento imediato. Os casos muito urgentes recebem a cor laranja, com um tempo de espera recomendado de dez minutos. Os casos urgentes, com a cor amarela, têm um tempo de espera recomendado de 60 minutos. Os doentes que recebem a cor verde e azul são casos de menor gravidade devendo ser atendidos no espaço de duas e quatro horas, respetivamente.

3. REULTADOS E DISCUSSÃO

Numa fase que antecedeu o início do estágio foram-nos dados a conhecer os meios ao nosso dispor para a realização do estágio assim como um protocolo que estabelecia o sigilo e a confidencialidade de todas as ocorrências em que iríamos participar (ver Anexo 1). Seguidamente foi-nos pedido um seguro assim como a identificação que nos qualificava como alunos de Medicina, dado que o INEM proporciona inúmeros estágios observacionais para diferentes qualificações e interesses.

Após cada turno nos diferentes meios propostos era necessário o preenchimento de uma ficha que classificava o número de ativações durante esse período assim como uma avaliação subjetiva por parte da entidade responsável do grupo em que estivemos a trabalhar.

O estágio teve a duração total de 96 horas, distribuídas pelos diferentes meios da seguinte forma:

- 12 horas de CODU
- 24 horas em ambulância SBV (Porto 1 e 4);
- 24 horas em ambulâncias SIV (repartidas de igual forma pela SIV de Gondomar e SIV de Vila de Conde);
- 36 horas na VMER (6 horas na VMER do CHVNG; 18 horas na VMER do HSJ e 12 horas na VMER HGSA).

Seguir-se à uma descrição de cada turno assim um comentário pessoal sobre a experiência vivida durante o mesmo e os procedimentos efetuados.

1. CODU (12 horas)

O primeiro turno efetuado no INEM foi no CODU, podendo desta forma ver como todos os meios se interrelacionavam. É extremamente interessante poder acompanhar um episódio de emergência desde a sua fase inicial até à deslocação dos meios necessárias para atender à ocorrência. Dentro do sistema operacional do CODU existem dois atendimentos distintos, sendo necessária a passagem por ambos para compreender o processo na íntegra: o primeiro é constituído pelo atendimento à pessoa que está a pedir auxílio via telefónica, efetuando as perguntas necessárias e dando os conselhos possíveis para registar a ocorrência; o segundo é o contacto do CODU com os meios que deverão ser acionados para que esta mesma ocorrência seja resolvida da melhor forma.

2.1 SIV Vila de Conde (12 horas)

1ª Saída: Acidente no local de trabalho. Sexo feminino, 55 anos com queda de um escadote com 2 metros de altura. Sem antecedentes de relevo. À chegada: caída no chão com hematoma no lobo temporal. Atuação: imobilização em plano duro e colocação de colar cervical. Imobilização do braço direito por suspeita de fratura do ombro. Vítima referia ainda dor na omoplata direita e costelas infra mamárias. Ainda no local foi feita uma avaliação sequenciada para excluir outras possíveis fraturas assim como exame neurológico sumário por suspeita presença de traumatismo craniano.

TA: 126/75mmHG; Glicemia capilar: 121; FR: 16cpm FC: 98bpm. Exame neurológico sem alterações.

Realizado transporte para o Hospital da Póvoa. Triagem de Manchester: Amarela

2ª Saída: Domicílio. Sexo feminino 65 anos com antecedentes de cardiopatia congénita com presença de ventrículo único e hipertensão pulmonar. Não sabe especificar medicação habitual.

À chegada: cianótica, presença de baqueteamento digital, expetoração hemoptoica e queixas de astenia.

TA: 110/65mmHgg; Glicemia capilar: 161; FR: 20rpm; FC: 110bpm; AP: murmúrio vesicular mantido em ambos os pulmões, crepitações em ambos os terços inferiores.

Vítima transportada para o HGSJ, pois é lá seguida em consulta de Pneumologia e Cardiologia há cerca de 20 anos, apresentando sucessivos internamentos. Triagem de Manchester: Amarela

2.2 SIV- Gondomar (12 horas)

1ª Saída: Via Pública. Chamada por atropelamento em passadeira por carro ligeiro, tendo a chamada sido efetuada pela condutora do mesmo.

Sexo masculino, 58 anos apresentando-se consciente, orientado no tempo e no espaço, com ligeiras escoriações e golpe no sobrolho com aproximadamente 5mm. Insight preservado, recordando-se de todo o episódio. Antecedentes: HTA medicado mas não sabe especificar qual a medicação que faz.

TA: 150/110mmHg; FR: 17rpm; FC: 98bpm; Glicemia capilar: 98; pupilas sem alterações.

Procedeu-se à limpeza da ferida no sobrolho e questionado sobre possível traumatismo craniano. Após observação e pesquisa de outros possíveis ferimentos e da chamada de polícia ao local o utente recusa transporte para o hospital por não acreditar haver necessidade do mesmo. Foi explicada a importância de se deslocar ao hospital devido a questões relacionadas com o seguro, mesmo que por seus próprios meios, pois perante o possível surgimento de lesões nos dias subsequentes uma reclamação à posteriori não seria aceite pela seguradora. Nestes casos é necessário o preenchimento de formulário em que o utente assina uma declaração em que recusa o transporte pela ambulância.

2ª Saída: Habitação. Sexo feminino, 72 anos com antecedentes de DPOC e enfarte agudo do miocárdio. Múltiplos internamentos prévios por agudização da patologia respiratória de base. Vive sozinha em habitação própria, sendo autónoma para as atividades da vida diária. Ex-fumadora (120 UMA) tendo deixado de fumar há cerca de 5 anos. À chegada encontrava-se a fazer nebulização de Atrovent® e Ventilan®, com dispneia em repouso.

Medicação Habitual: Oxigenoterapia 18 horas por dia, fazendo nebulizações em SOS.

TA: 130/70mmHg; Saturação: 90% AP: Murmúrio vesicular presente, com pieira e sibilos inspiratórios.

Durante o transporte para o hospital tentou-se canalizar uma veia para administração de corticoides, embora não tenha sido possível. Foi administrado oxigénio a 6 litros, com melhoria franca da vítima. Triagem de Manchester: Amarela.

3ª Saída: Via pública. Choque frontal de dois veículos ligeiros com duas vítimas. Inúmeras entidades presentes no local, com presença de Bombeiros Voluntários de Valongo e PSP local.

Sexo feminino, 36 anos, fumadora, condutora de um dos carros. À chegada encontrava-se sentada no passeio, consciente no tempo e no espaço e colaborante. Procedeu-se à sua imobilização no plano duro, com colocação de colar cervical. Após a sua colocação na ambulância, iniciou-se exame físico completo, com procura de possíveis fraturas e equimoses. Realizado exame neurológico sumário. Vítima refere dor em ambos os membros inferiores, com presença de equimoses nos mesmos e na região do cinto de segurança, em particular na zona do abdómen. Ligeira escoriação na face, procedendo-se à sua limpeza.

TA: 120/70mmHg; Glicemia capilar: 120; FR: 22cpm; FC: 110bpm. AP: murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios.

Foi canalizada um acesso venoso e administrado Paracetamol, assim como colocação de gelo nas equimoses dos membros inferiores durante o transporte para o hospital. Devido ao estado

de ansiedade da doente foi colocado máscara e realizada oxigenoterapia. Triagem de Manchester: Laranja

3.1 SBV - Porto 1 (12 horas)

1ª Saída: Habitação. Sexo feminino 84 anos encontrada caída em casa desde as 19:00 do dia anterior. Além de inúmera sintomatologia, refere dor torácica de carácter agudo devido a queda de altura própria. Vive sozinha apenas com auxílio de uma empresa que vai todos os dias de manhã apoiá-la nas atividades da vida diária. Apresenta-se consciente e orientada no tempo e no espaço, vígil e desperta, preservando memória de todo o episódio. Foi feito um exame físico completo antes da imobilização para despiste de possíveis fraturas resultante da queda.

Sem antecedentes. TA: 100/65mmHg; Glicemia capilar: 89; FR: 18rpm; FC: 105bpm; T: 36,4°C.

Vítima transportada para o HGSA. Triagem de Manchester: Verde

2ª Saída: Habitação. Sexo masculino, 84 anos com antecedentes de patologia cardíaca e DM 2. À chegada encontrava-se extremamente prostrado e desorientado no tempo e no espaço embora com reação à voz. Foi comunicado ao CODU o estado do doente com indicação para transporte imediato. Devido à urgência do transporte foi realizado uma exame físico resumido e seguidas as indicações do médico de serviço.

TA: 90/60mmHg; FR: 14cpm; FC: 55bpm; Glicemia capilar: 55. Vítima transportada para o HGSA. Realizada oxigenoterapia durante o transporte. Triagem de Manchester: Laranja

3ª Saída: Sexo masculino 70 anos transportado até ao heliporto de Massarelos, vindo de Bragança, por AVC hemorrágico. Transferência para a neurocirurgia do HGSA, encontrando-se estável mas crítico. Todo o transporte até ao hospital foi realizado com apoio do médico e do enfermeiro que acompanhavam o doente no helicóptero.

4ª Saída: Lar. Sexo masculino, 87 anos, residente em lar de 3ª idade. Chamada por queda em escadas exteriores de pedra, apresentando pequena escoriação do couro cabeludo. Demência previamente diagnosticada pelo que não foi possível determinar o grau de orientação ou mesmo proceder à realização do exame neurológico por incapacidade de cumprimento das provas pedidas. Sem vômitos ou queixas de tonturas ou algias.

Após limpeza da ferida do couro cabeludo e colocada a vítima numa cadeira foi feita uma nova avaliação da mesma, encontrando-se esta mais responsiva e orientada. Foi recomendado o transporte para o hospital o que foi recusado pela responsável do lar. Procedeu-se à burocracia necessária aquando da recusa de transporte e alertou-se para a necessidade de alerta de

sinais de traumatismo craniano tais como alteração do estado de consciência ou episódios de vômitos nos 2 a 3 dias subsequentes.

5ª Saída: Via Pública. Sexo masculino, 21 anos, antecedentes de asma e história de acidente de viação recente com possíveis sequelas neurológicas. Chamada para a Faculdade de Direito após crise convulsiva com embate da cabeça e trismo (médico presente no local que assistiu a todo o episódio). Desorientação e ausência de consciência de todo o episódio. Realizado exame neurológico sumário para avaliação do doente quando este já se encontrava na ambulância.

TA: 130/85mmHg; FC: 140bpm FR: 20cpm; SatO2: 87% AP: auscultação sugestiva de broncospasmo. Necessidade de administração de 5L/min de O2. Triagem de Manchester: Amarela.

6ª Saída: Habitação. Sexo feminino, 45 anos, diagnosticada com esquizofrenia e história prévia de múltiplas tentativas de suicídio. Chamada por intoxicação medicamentosa (110 comprimidos, 90 dos quais de Haloperidol). À chegada a vítima apresenta-se sonolenta e com discurso lentificado embora conseguindo caminhar pelo próprio pé até à ambulância. Após comunicação com o médico assistente do CODU foi decidido o transporte para o HGSA para lavagem gástrica urgente em detrimento de transporte para o HGSJ para a urgência de psiquiatria. Sobrepondo-se a necessidade da lavagem gástrica a doente seria depois transferida para a ala de psiquiatria.

TA: 120/80mmHg; FR:16cpm; FC: 110bpm; Glicemia capilar: 130. Triagem de Manchester: Laranja.

3.2 SBV- Porto 4 (12 horas)

1ª Saída: Via Pública. Sexo feminino 70 anos, autónoma para atividades da vida diária, sem antecedentes relevantes e sem medicação habitual. Apresenta-se caída no chão após queda de altura própria com queixas álgicas no membro superior direito. Após observação deteta-se deformação articular do ombro com provável fratura do mesmo. Procedeu-se à imobilização do membro afetado com recurso ao uso de talas e realizou se o transporte para o HGSA.

TA: 150/100mmHg; FR: 18rpm; FC: 90bpm; Glicemia capilar: 114. Triagem de Manchester: Amarela.

2ª Saída: Habitação. Sexo masculino, 77 anos, antecedentes de DM insulínica dependente, neoplasia de pulmão e bexiga. Desorientado no tempo e no espaço. Desidratado por recusa

alimentar, encontrando-se acamado há cerca de 1 mês com escaras no calcâneo e no cóccix. Ligação ao INEM é feita por indicação dos cuidados de enfermagem do centro de saúde.

TA: 110/50mmHg; FR: 16rpm; FC: 84bpm; Glicemia capilar: 364; T: 37.7°C. Realizado transporte para o HGSJ e realizada oxigenoterapia. Triagem de Manchester: Amarela.

3ª Saída: Via Pública. Sexo feminino, 84 anos com antecedentes de HTA e dislipidémia. Queda de altura própria com traumatismo da face com hemorragia ativa à chegada. Desalinhamento do septo nasal e epistáxis controlada aquando da chegada da ambulância.

Foi feita limpeza das feridas e controlada a hemorragia da face.

TA: 130/80mmHg; FR: 18rpm; FC: 80bpm; Glicemia capilar: 130; Pupilas sem alterações. Realizado transporte para o HGSA. Triagem de Manchester: Verde.

4ª Saída: Via pública. Sexo feminino 38 anos em tratamento com Depuralina® e dieta restritiva. Síncope com perda de controlo de esfíncteres. Refere parestesias no membro superior direito. Queixas de astenia, tonturas e náuseas em período pós prandial (15h).

TA: 136/84mmHg; Glicemia capilar: 83 (tendo baixado para 70 no SU). Realizado transporte para HGSA. Triagem de Manchester: Verde.

5ª Saída: Lar. Sexo feminino, 73 anos com antecedentes de crises tónico-clónicas nas passadas 2 semanas com 3 idas ao SU no HGSA. Dependente para atividades da vida diária e com diagnóstico de síndrome demencial. Sete crises presenciadas com duração de 40 segundos cada com intervalos de 4 a 5 minutos entre elas.

À chegada da VMER do HGSJ foi canalizado um acesso venoso e administrado Diazepam e realizado ECG que se apresentava sem alterações.

TA: 112/61mmHg; FR: 14rpm; FC: 80bpm; Glicemia capilar: 86; SatO2: 100% (6L). Triagem de Manchester: Laranja.

6ª Saída: Via Pública. Sexo masculino 75 anos?? (não tinha quaisquer documentos na sua posse). Antecedentes: DM e HTA não sabendo especificar a medicação. Incontinência urinária e elevado grau de ansiedade. Refere ter ficado viúvo há 2 semanas. Recusa transporte para o CHP-HSA, assinando a documentação necessária, reforçando-se a importância de pedir ao seu filho ou outro familiar que o leve ao SU nesse mesmo dia.

4.1 VMER CHP-HSA (12 horas)

1ª Saída: Habitação. Sexo masculino 80 anos; antecedentes: DM 1. Hipoglicemia devido a alteração de dieta em vista de plano de emagrecimento. Sem alteração da dose habitual de insulina, apresentando glicemia capilar de 31 à chegada.

Após administração de glucagon (2 ampolas) por acesso venoso, vítima retoma consciência e apresentava-se vígil e colaborante, respondendo a todas as questões levantadas pela equipa médica. Aconselhado a descontinuar a dieta até nova consulta médica para reajuste da dose de insulina. Sem necessidade de transporte para o hospital apresentando 140 de glicemia durante avaliação final.

TA: 90/45 mmHg; Pulso:54; Glicemia capilar: 31-140; AC e AP sem alterações.

4.2 VMER CHVNG (12 horas)

Sem ativações no decorrer das 12 horas.

4.3 VMER S.JOAO (12 horas)

1ª Saída: Habitação. Sexo masculino 87 anos; Antecedentes: HTA, Diabetes. Autônomo para as atividades da vida diária. À chegada doente encontrava-se inconsciente no chão da cozinha, presença de respiração espontânea que cessou pouco tempo depois da chegada de apoio médico iniciando gasping. Iniciou-se suporte ventilatório invasivo, tendo sido administrado soro com glicose assim como aminas vasopressoras. A vítima foi ligada ao ECG portátil e monitorizada durante cerca de uma hora até se encontrar mais estável para ser efetuado o seu transporte para o CHSJ. Antes do seu transporte para o SU o CHSJ foi contactado e o doente deu entrada diretamente numa sala de urgência.

TA: 54/36mmHg; T: 36,4°C; FC: 45; AP: feita no momento de entubação para garantir uma ventilação eficaz, presença de crepitações bilaterais AC: sem alterações. Triagem de Manchester: Vermelho

2ª Saída: Habitação. Sexo feminino 74 anos. Antecedentes: DM insulínica. Vive sozinha, autónoma para as atividades da vida diária. Chamada feita por vizinha que refere não ver a vítima há cerca de 4 horas. À chegada encontra-se inconsciente, com glicemia capilar de 24. Após inúmeras tentativas de canalizar uma veia periférica inicia-se a administração de 3 ampolas de glicose endovenosa. Vítima permanece sem resposta a estímulos verbais e dolorosos até cerca de 20 minutos depois em que começa a tentar levantar-se da maca e comunicar.

Efetua-se o transporte para o CHSJ onde deverá permanecer 24 horas em observação. Glicemia capilar à chegada de 186.

TA: 110/65 mm Hg; Pulso: 43bpm; AC: sem alterações; AP: murmúrio vesicular presente sem ruídos adventícios. Triagem de Manchester: Amarela. (ver Anexo 2)

5. Quantificação de procedimentos realizados durante o estágio:

Avaliação Pré-hospitalar: 17

Colocação de talas: 2

Imobilização em plano duro com colocação de colar cervical: 2

Limpeza de feridas: 5

Colocação de acesso periférico: 3

Administração de fármacos: 3

Realização de ECG: 2

Colocação de máscara de O2: 6

Intubação e suporte ventilatório invasivo: 1

Preenchimento de formulários de declínio de transporte: 2

6. Análise das ativações durante o estágio no INEM

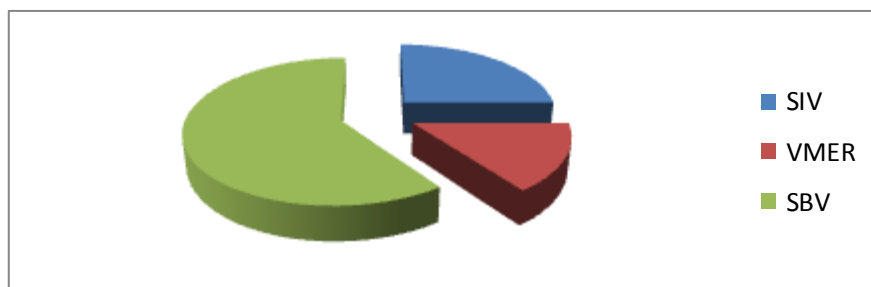


Gráfico 1. Número de acionamento por meio

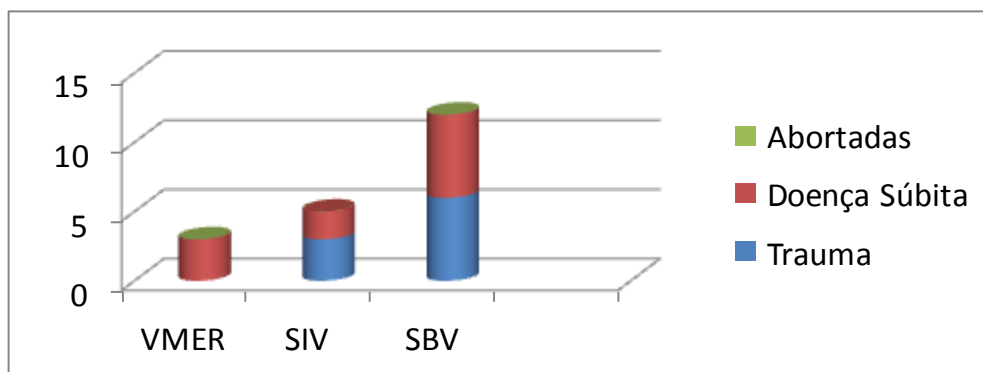


Gráfico 2. Categorias das diferentes ativações em cada meio



Gráfico 3. Locais das diferentes ativações

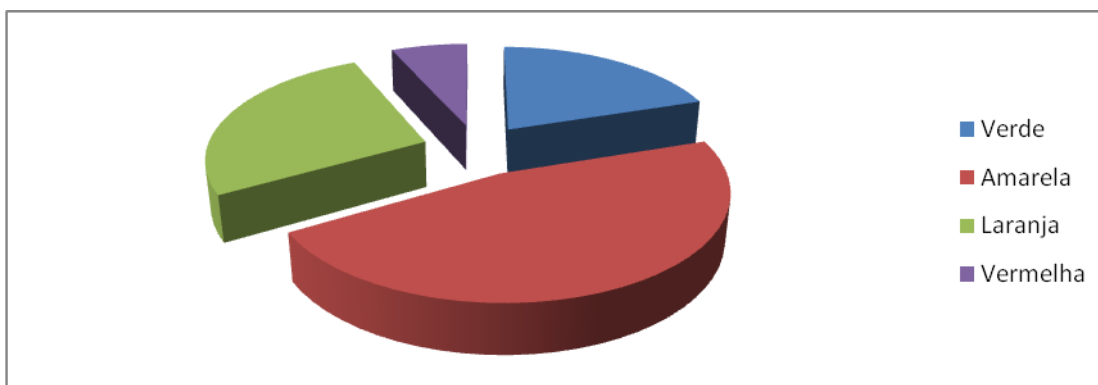


Gráfico 4. Triagem de Manchester realizada no SU

Na disposição gráfica nº 3 apresentada acima, será de destacar o elevado número de ativações durante o estágio no SBV quando comparado com as de SIV e VMER. Existe uma correlação inversa entre o grau de gravidade das ocorrências e o número de ocorrências. O recurso ao SBV é feito mais comumente, tratando-se de casos menos graves e sem necessidade de deslocação de médico ou enfermeiro ao local. No que diz respeito aos dados oficiais do INEM para o ano de 2010 estes apontam para uma média de 3,2 saídas por dia na SIV de Gondomar e 3,5 para Vila de Conde. Respeitante ao SBV esta seria para o Porto 1 e 4 13,3 e 5,4 respetivamente. No entanto durante o meu estágio estes valores não são muito concordantes, tendo um total de 6 saídas no Porto 1 e 4 por 12 horas. Quanto ao SIV de Vila de Conde e de Gondomar o número foi de 2 e 3 respetivamente em 12 horas.

Em termos de localização destas mesmas ativações foram sem dúvida em maior número aquelas que ocorreram na via pública e no domicílio. A média de idades de todas as vítimas socorridas encontra-se um pouco acima dos 66 anos.

Relativamente à triagem de Manchester é sem dúvida predominante a atribuição da pulseira amarela aquando da chegada ao SU.

4. ANÁLISE CRÍTICA SOBRE O INEM:

Pensando que o atendimento telefónico seria uma tarefa “fácil”, esta ideia foi posta de arte após a realização do primeiro estágio. Perante a realidade é possível compreender o “stress” e a complexidade que existe no atendimento a pessoas que se encontram muitas vezes com um grau de fragilidade emocional elevado e com muita dificuldade em responder objetivamente às questões postas pelos operadores, questões essas fundamentais para caracterizar a situação de forma a poder mobilizar os meios necessários. Acresce a realização de chamadas falsas assistidas no decorrer do estágio.

No entanto, por vezes, foi denotada alguma falta de delicadeza no serviço de atendimento. Compreendendo que se trata de uma profissão desgastante, não deixa de ser uma profissão de serviço ao utente em situação por vezes de risco e de alta preocupação.

Os dados relativos ao ano de 2010 apontavam para 1624 chamadas no Porto e cerca de 316 chamadas em Faro por dia. No sentido de melhorar a eficiência de atendimento em 2011 deu-se a criação do CODU Nacional colocando fim às diferenças regionais no atendimento das chamadas de emergência – 112. O tempo de atendimento das chamadas foi reduzido de 13 segundos em 2010 para 7 segundos em 2011. O número de chamadas recebidas por operador por hora é bastante elevado, sendo que durante o estágio realizado foram, em média, de 35 chamadas por hora. (www.inem.pt)

A integração dos novos algoritmos no CODU deveria ter sido imposta aquando da realização do segundo turno, no entanto os mesmos ainda não se encontravam em funcionamento. Pelo que foi possível compreender estes consistiriam em perguntas sequenciais relativas às diferentes queixas e sintomatologias apresentadas pelo utente de forma a caracterizar da melhor forma possível a condição apresentada telefonicamente. Estes mesmos algoritmos criaram uma enorme diversidade de opiniões entre os operadores, sendo que muitos acreditavam que este se tornaria um processo mais moroso e, quiçá, até seria contra produtor, pois o tempo desde a realização da chamada até à prestação de cuidados de saúde iria aumentar. Por outro lado, esta será uma forma de garantir que a primeira abordagem feita é completa e que nenhuma pergunta pertinente fica por fazer.

Durante o primeiro estágio de SIV foi dada uma explicação sobre todo o equipamento existente na ambulância assim como feita a sua revisão e recolocação de material necessário para o seu perfeito funcionamento. Permitiu desta forma entender a necessidade de meios intermédios de socorro em zonas mais deslocadas de centros hospitalares e de grandes cidades assim como a formação mais avançada (existência de enfermeiro na ambulância) por parte dos tripulantes da mesma. Embora o número de saídas tenha sido relativamente reduzido possibilitou o

entendimento da necessidade de estratificação dos cuidados de saúde e a sua intercomunicação com meios auxiliares e diferenciados de socorro. No entanto, as ativações que ocorreram evidenciaram o facto de, dado o tempo de transporte até a um hospital central e a posterior deslocação para a base, a disponibilidade deste meio fica bastante reduzida. Tratando-se de meios estrategicamente localizados, a sua ausência deixa estas áreas potencialmente desprovidas de meios diferenciados de auxílio médico por um certo período de tempo.

O SBV foi o meio no qual foram obtidas o maior número de ativações, sendo as vítimas de forma geral mais idosas e muitas destas com história de idas frequentes ao SU.

No primeiro turno foi mostrada a base, assim como a ambulância e todo o seu equipamento. Foi também realizada a “check list” e reposto o material que se encontrava em falta. Chamou a atenção o facto de algumas ativações serem primordialmente de cariz social, dado se tratarem de pessoas idosas que não tendo familiares a quem recorrer e não apresentando forma de se deslocarem autonomamente ao SU optam por contactar o 112.

Ressalve-se, no entanto, que o papel que os TAE fazem é fundamental. São sem dúvida a base do auxílio médico e a sua existência é essencial na primeira abordagem ao doente. No entanto, o sentimento de frustração apodera-se por vezes destas equipas, pois face às suas qualificações, o trabalho que realizam é pouco diferenciado e até pouco reconhecido.

Apesar de o horário cumprido no VMER, a verdade é que o número de saídas foi bastante diminuto. Aquando da chegada ao primeiro turno foram mostradas as diversas instalações assim como o equipamento existente nas carrinhas e nas salas de armazenamento de material. Foi sem dúvida o meio no qual é mais perceptível a emergência de algumas situações e o quão rápido atua o sistema que vai desde a chamada até à chegada ao local de socorro.

Durante a única saída em que foi presenciado o limiar tão ínfimo que separa a vida da morte terá também sido aquela em que melhor se compreendeu a ligação e o sentido de equipa que existe entre o médico e o enfermeiro. Apesar de ulteriormente aquele que tem o poder da decisão ser o médico é de extrema importância haver uma sincronia entre ambos, até para que a prestação de cuidados ao doente seja feito o mais rapidamente possível. É visível o esgotante que se pode tornar esta profissão, com a necessidade de rapidez de pensamento sempre com o bem-estar dos doentes em mente.

Inicialmente, aquando da solicitação da execução deste estágio no INEM foram propostos objetivos assim como competências a adquirir durante a realização do mesmo. Todos estes foram atingidos na íntegra, tal como será exposto.

- *Situar o papel do médico na abordagem e tratamento do doente emergente, reconhecendo o seu papel fundamental na liderança das equipas que prestam cuidados a esse tipo de doentes; Liderança e gestão, em situação de pressão e ansiedade próprias da abordagem do doente muito grave e emergente;*

Tal como foi abordado durante a análise crítica, o papel do médico, demonstra-se de vital importância, quer no âmbito da decisão clínica quer da unificação naquele que é um importante trabalho de equipa em campo. Em ocorrência de maior magnitude serão inúmeras as pessoas que dependerão da decisão do médico responsável. Impõe-se que durante o processo de decisão sobre situações emergentes haja entre o médico e o enfermeiro um sentido de união e entre ajuda, sendo que em última análise a decisão recairá unicamente sobre o médico, com toda a responsabilidade que isso acarreta. De notar a importância que tem a inexistência de uma hierarquização tão rígida como aquela que se apresenta em meio hospitalar, contribuindo sem dúvida para o bom funcionamento em equipa.

- *Identificar as principais situações de emergência do foro médico e traumatológico;*

No decorrer da realização do estágio foram várias as situações apresentadas, tendo sido presenciadas onze emergências do foro médico e dez de foro traumatológico.

- *Apreender técnicas “life-saving” – assumidas como essenciais para a manutenção da vida no doente grave; Técnicas de reanimação e estabilização de doentes emergentes, em situação de doença súbita e trauma;*

As ativações da VMER foram sem dúvida indispensáveis no que toca a aplicação de técnicas “life-saving”. Desde o emprego da abordagem inicial de “ABC” (Airway, Breathing, Circulation) até técnicas mais invasivas tais como entubação oro traqueal. Após reanimação de um idoso durante uma ativação da VMER, pôs-se o problema da sua estabilização, que é um processo de uma enorme complexidade, causando inúmeras descompensações que em campo se tornam mais difíceis de resolver.

- *Conhecer os protocolos de atuação e aplicar os Algoritmos de Suporte Avançado de Vida;*

Além de terem sido vivenciadas situações de aplicabilidade destes mesmos algoritmos, estes foram revistos comigo durante a realização do estágio assim como foi disponibilizado o Manual de Suporte Avançado de Vida 2011.

- *Tomar consciência da importância do trabalho em equipa na Emergência Médica.*

É de importância fulcral que todos saibam trabalhar em equipa, quer se aplique aos tripulantes de uma mesma ambulância quer seja a nível mais global, pois dependendo da magnitude da emergência em questão esta poderá envolver TAE, médicos, enfermeiros, bombeiros assim como autoridade local. Ao trabalhar como uma equipa deverão ter todos em mente um objetivo comum – prestação dos melhores cuidados de saúde. Uma das ativações presenciadas no SIV de Gondomar refletiu esta mesma situação, em que um conjunto de pessoas de diferentes localizações, mesmo sem terem contacto prévio, tiveram de se coordenar e trabalhar em equipa.

- *Responsabilidade e Ética profissional.*

Foi sem dúvida uma característica transversal encontrada em todas pessoas com as quais lidei em campo. Além do sentido de responsabilidade e ética profissional, o carinho, a preocupação e o prazer na sua profissão eram notáveis. Indiscutivelmente uma componente de extrema importância na posição de prestadores de cuidados de saúde.

5. CONCLUSÃO

Após a conclusão deste estágio predominou o sentimento de admiração pela organização e o funcionamento do INEM. Desempenha sem dúvida um papel fulcral no atendimento pré-hospitalar quer pela celeridade da resposta quer pela qualidade com que esta é prestada. A integração em inúmeras equipas de socorro permitiu entender que entre elas existe sempre o princípio do prestar o melhor atendimento, sempre com o maior profissionalismo e competência. De notar a importância de passar por todos as valências do INEM, sendo esta a única forma de entender todo o processo que vai desde a receção da chamada até o acionamento e socorro da vítima.

Este estágio revelou-se extremamente benéfico em termos de formação profissional e pessoal. Todas as experiências vivenciadas serão sem dúvida uma mais-valia para o desenvolvimento da profissão futura. Entende-se que esta deverá ser uma área abordada ao longo do curso, pois o âmbito pré-hospitalar enquadra situações com as quais os alunos de Medicina não estão acostumados a lidar; quer seja pela impossibilidade de colher uma anamnese adequada pela celeridade do processo, quer pelas diferentes condições meteorológicas com que nos deparamos ao prestar o serviço, quer pela presença de familiares e pelas situações de enorme ansiedade próprias dos casos de emergência, ou mesmo por não termos disponível todo o material de que possamos necessitar sendo por vezes necessário improvisar.

Considera-se que todos os objetivos e competências a adquirir propostos inicialmente foram atingidos e que, acima de tudo, foi uma oportunidade única de explorar e pôr em prática o conhecimento teórico adquirido ao longo destes 6 anos de formação. Inicialmente, aquando da escolha do tema da tese, acreditava que esta seria uma área de importância fulcral para o desenvolvimento pluridisciplinar da nova geração de médicos, ideia essa que se reforçou após a sua conclusão.

Futuramente, exige-se uma maior formação em termos de cuidados pré-hospitalares para os profissionais de saúde, sendo que saber efetuar manobras de SBV, SAV, entre outras no seio da emergência médica deveriam fazer parte das competências básicas de qualquer clínico. Será de apostar em protocolos de ação básica para a população geral, sendo essencial que saibam identificar situações emergentes, permitindo desta forma um acionamento mais eficaz da cadeia de sobrevivência. Seria essencial rever os critérios de ativação dos meios diferenciados, para que estes não sejam utilizados indevidamente como sistema de transporte hospitalar, sobretudo no que diz respeito à população mais idosa, ficando estes meios inutilizáveis para quem necessita realmente deles.

6. BIBLIOGRAFIA

- 1 Marques A. Triagem de Prioridades – Triagem de Manchester [dissertação]. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar: Universidade do Porto; 2009.
- 2 Madeira S., Porto J., Nieves F. et al, Manual de Suporte Avançado de Vida 2011, Segunda Edição
- 3 Sítio do Instituto Nacional de Emergência Médica. Consultado entre 10-15 Março 2012, disponível em www.inem.pt.
- 4 Instituto Nacional de Emergência Médica. O Símbolo do INEM; disponível em www.inem.pt/files.
- 5 Instituto Nacional de Emergência Médica, Relatório de Atividades 2011; disponível em www.inem.pt/files.

7. ANEXOS

ANEXO 1 – Declaração de Ética do INEM

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que o I.N.E.M., não sendo uma entidade integrada no Serviço Nacional de Saúde, não tem Comissão de Ética que se possa pronunciar sobre o projecto de Tese do aluno:

Aluno: BENEDITA SOUSA AMARAL BIANCHI DE AGUIAR

Título: Emergência Médica Pré-Hospitalar

Modalidade: Relatório de estágio

Orientador: Dr. António Marques

Co-orientador: Dr. Luís Meira

Mais se declara que o aluno **BENEDITA SOUSA AMARAL BIANCHI DE AGUIAR**, foi autorizado a realizar um estágio nos meios do I.N.E.M., tendo assinado um termo de responsabilidade que o vincula ao sigilo profissional e ao cumprimento das normas previstas no Regulamento de Estágios do I.N.E.M..

Entre outras, as referidas normas obrigam ao respeito pela “confidencialidade da informação obtida no decurso do estágio, nomeadamente de toda a informação de carácter clínico a que tiver acesso”.

Delegação Regional do Porto, 22 de Dezembro de 2011

O Director da Delegação Regional do Porto



(Dr. Luís Meira)

ANEXO 2 - Folha de Ativações durante o estágio no INEM



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO NO CODU

ESTAGIÁRIO: Benedita Sousa Amaral Bianchi de Aguiar

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 23 / 09 / 11 Turno: ☒ Manhã ☐ Tarde CODU: Noite

Nº DE ACTIVAÇÕES: Doença Súbita: Trauma: Outras: Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário Benedita Bianchi de Aguiar

O Médico Regulador Alina Aguiar

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO REGULADOR

Acompanhou e interveio o
trabalho desenvolvido neste
centro.

(Assinatura)



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: BENEDITA

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 19/9/2014

Turno: ☒ Manhã ☐ Tarde

Meio: SPL Porto

Nº DE ACTIVAÇÕES: 4

Doença Súbita: 2

Trauma: 1

Outras: 1

Abortadas: 0

Assinaturas: O Estagiário

~~O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo~~

JOÃO SERRA SANTOS

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- Racional
- IMPRESSÃO E COLABORAÇÃO NOS PROTOCOLOS
E ACTUAÇÕES
- REVISÃO DE CASOS



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: [REDACTED]

OBJECTIVOS: [REDACTED]

Coordenador do Estágio: [REDACTED]

Data: 19/09/11 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde Meio: SBU - Ponto 1

Nº DE ACTIVAÇÕES: 2 Doença Súbita: 1 Trauma: Outras: Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário [REDACTED]

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo André Mesquita Aguiar

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

A ESTAGIÁRIA REVELOU INTERESSE NA ÁREA PRÉ-HOSPITALAR TENDO COLABORADO ACTIVAMENTE COM A EQUIPA.

O ESTÁGIO DECORREU SEM QUE NADA DE ANOMALIA HAJA A REGISTAR.



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Benedita Sousa Amador Bianchi de Aguiar

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 20 / 12 / 2011 Turno: ☒ Manhã ☐ Tarde Meio: SIV

Nº DE ACTIVAÇÕES: 2 Doença Súbita: Trauma: 1 Outras: 1 Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário Benedita Bianchi de Aguiar

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo ENT Adelaide Costa / TAE Rui Alexandre

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Trabalho interessante.
Colaborou nas actividades
(checklist e reposição de material)
Activações para 1 vítima de
queda F35 e 1 vítima de dispneia
F65A.

Adelaide Costa



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Benedita Sousa Amataui Bianchi de Aguiar

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 20 / 12 / 2011 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde Meio: S.V.

Nº DE ACTIVAÇÕES: Doença Súbita: Trauma: Outras: Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário Benedita Bianchi de Aguiar

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Maica

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

A Benedita colaborou com a equipa no acolhimento dos cidadãos nos pontos de check-list e higienização de ambulâncias, mostrou-se bastante disponível e interessada no trabalho com a equipa. Muito comunicativa, estabeleceu boas relações com a equipa.



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Benedicta Sousa Amaral Bianchi de Aguiar

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 20/09/2012

Turno: ☐ Manhã

☒ Tarde

Meio: VMER

Nº DE ACTIVAÇÕES:

Doença Súbita: 1

Trauma:

Outras:

Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário

Benedicta Bianchi de Aguiar

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Dr. Ti. Chouvalov

41849

Mybomsky

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Participou em todas actividades da VMER, bom trabalho em equipa

Mybomsky
41849



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Benedita Sousa Amaral Bianchi de Aguiar

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 22 / 9 / 2011

Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde

Meio: VIA ER

Nº DE ACTIVAÇÕES: ☒

Doença Súbita: ☐

Trauma: ☐

Outras: ☐

Abortadas: ☐

sinaturas: O Estagiário

Benedita Bianchi de Aguiar

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Burgite Pereira

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO NO CODU

ESTAGIÁRIO: Benedicta Sousa Amaral Bianchi de Aguiar

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 09 / 03 / 12 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde CODU: PORTO

Nº DE ACTIVAÇÕES: Doença Súbita: Trauma: Outras: Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário Benedicta Bianchi de Aguiar

O Médico Regulador Federico Sotio Martinez

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO REGULADOR

Realiza o seguimento das chamadas nos diferentes postos.

[Signature]



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Benedita Sousa Amaral Bianchi de Aguiar

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 21 / 03 / 12 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde Meio: SBV

Nº DE ACTIVAÇÕES: 3 Doença Súbita: 1 Trauma: 2 Outras: Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário Benedita Bianchi de Aguiar

~~O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo~~

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

~~MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO~~

- Demonstrou interesse nas
situações e nos protocolos
do TAE.

- Bastante participativa



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: [REDACTED]

OBJECTIVOS: [REDACTED]

Coordenador do Estágio: [REDACTED]

Data: 18/3/2022 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde Meio: SBU Rota 4

Nº DE ACTIVACÕES: 4 Doença Súbita: 4 Trauma: 0 Outras: 0 Abortadas: 0

Assinaturas: O Estagiário [REDACTED]

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo [REDACTED]

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

[Empty box for Estagiário observations]

[Empty box for Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo observations]



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: [REDACTED]

OBJECTIVOS: [REDACTED]

Coordenador do Estágio: [REDACTED]

Data: 05/04/12 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde Meio: [REDACTED]

Nº DE ACTIVAÇÕES: 2 Doença Súbita: 1 Trauma: 1 Outras: ☒ Abortadas: ☒

Assinaturas: O Estagiário [REDACTED]

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo [REDACTED]

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

[Empty box for Estagiário observations]

[Box for Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo observations with signature]



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Boneta Sousa Amaral Branco de Aguiar

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 05/04/12 Turno: ☒ Manhã ☐ Tarde Meio: SIV - BOLSONAR

Nº DE ACTIVAÇÕES: 1 Doença Súbita: ☒ Trauma: 1 Outras: ☒ Abortadas: ☒

Assinaturas: O Estagiário Boneta Sousa Amaral Branco de Aguiar

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Rui F. Silva

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Rui F. Silva



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Benedta Sousa Amador Brandão de Aguiar

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 11/01/12 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde Meio: UMER

Nº DE ACTIVAÇÕES: Doença Súbita: Trauma: Outras: Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário Benedta Sousa Amador Brandão de Aguiar
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Cláudio Henrique (43378)

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

A estagiária cumpriu os
objectivos a que se propôs:
- familiarizar-se com os nomes
e protocolos de UMER
- trabalhar no trabalho da
equipe
- conhecer o funcionamento
de UMER.

Cláudio Henrique (43378)



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Benedita Sousa Amador Bianchi da Aguiar

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 18 / 03 / 12 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde Meio: VAR

Nº DE ACTIVAÇÕES: Doença Súbita: Trauma: Outras: Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário Benedita Bianchi da Aguiar

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Luís Filipe

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

A Benedita revelou interesse pelas actividades relacionadas com a Emergência Médica. No entanto, infelizmente, não houve saídas durante o turno, pelo que não me foi possível observar a sua conduta "no terreno".



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: [REDACTED]

OBJECTIVOS: [REDACTED]

Coordenador do Estágio: [REDACTED]

Data: 23 / 03 / 2011 Turno: ☐ Manhã ☐ Tarde Meio: [REDACTED]

Nº DE ACTIVACÕES: 1 Doença Súbita: 1 Trauma: [REDACTED] Outras: [REDACTED] Abortadas: [REDACTED]

Assinaturas: O Estagiário [REDACTED]

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo [REDACTED]

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

[Empty box for Estagiário observations]

Após de 2pm foi havido uma
ocorrença, sendo que se foi
fe a procura que com a
família c/ fazer de obediência
de como os fe - infante, e
de dados e manuseio de como

Sef (1115
4115